

問診票

ふりがな

氏名 _____ 自宅 TEL (_____ - _____ - _____)

住所 (〒 _____ - _____)

(携帯 (_____))

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳) 性別 (男・女)

1、今日はどんなことで来院されましたか？ 2、いつころから感じるようになりましたか？
(_____) (_____)

3、今まで入院や手術をされたことがありますか？ 4、今までかかった病気は？
(_____) (_____)

5、あなたの両親、兄弟に、がん、脳卒中、高血圧、糖尿病、結核、リウマチ、肝臓病などの方はいませんか？ 誰が (_____) 病名 (_____)
誰が (_____) 病名 (_____)

6、今まで飲み薬や注射あるいは食べ物で、じんましんが出たことがありますか？
(ある・なし) それはなんですか？ (_____)

7、現在なにか薬を飲んでいますか？ (はい・いいえ)
飲んでいる方は薬の名前を書いてください。(_____)

8、女性の方にお聞きします。 現在妊娠していますか？ (はい _____ 週目・いいえ)
現在授乳中ですか？ (はい・いいえ)

9、便通は (_____) 日に (_____) 回 タバコ 1日に (_____) 本 いつころから (_____)
睡眠は (良好・普通・不眠) アルコール 1日 種類 (_____) 量 (_____)

10、子供さんにお聞きします。受けたことのある予防接種を教えてください。
BCG (_____) ポリオ (_____) 三種混合 (_____) 麻疹 (_____) 風疹 (_____) 二種混合 (_____)
水ぼうそう (_____) おたふく (_____) ヒブ (_____) 肺炎球菌 (_____)

こな薬、水薬を希望される 方、現在の体重を教えてください。 _____ k g
(錠剤が飲めない方)

11、なにか心配ごと、相談したいことがありましたらお書きください。

12、当院をどうやって知りましたか？○をつけてください

- ・ご近所
- ・通りすがり
- ・家族が通院している
- ・ワクチン、健診がきっかけ
- ・口コミ、(_____) の紹介
- ・その他 (_____)